Aus der Königlichen Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.

Ileus bei Situs inversus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen

Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

vorgelegt von

Alfred Labitzky

Assistenzarzt der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Danzig.

Breslau 1913

Druck von Graß, Barth & Comp. (W. Friedrich) in Breslau 1314 13

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der
Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küttner.

Meinen lieben Eltern!

Unter Situs inversus versteht man nach Küchenmeister diejenige Lageveränderung der Viscera, der Brust und des Bauches (Herz, Lungen, Oesophagus, Magen, Milz, Leber, Pankreas und der gesamten Därme in ihren verschiedenen Abteilungen von Anfang bis Ende), bei der dieselben je einzeln in der der gewöhnlichen entgegengesetzten Anordnung liegen, also eine Ver- oder Umlagerung der Organe darstellen, oder ein Spiegelbild des gewöhnlichen Verhaltens, wie es sich darstellt, wenn man einen aufgeschnittenen Körper vor einen Spiegel stellt.

Die Kenntnis der Verlagerung der Eingeweide ist recht alt. Die ersten Fälle sind bei den Tieren beobachtet. Von den Eingeweidebeschauern (Haruspices) wurde diese immerhin seltene Beobachtung zu ihren Weissagungen in entsprechender Weise ausgebeutet. Erst sehr viel später trifft man in der Literatur auch Notizen über die gleichen Beobachtungen beim Menschen. Leicht erklärlich ist diese Tatsache durch das lange herrschende Verbot der Sektionen. Die ersten Nachrichten über Situs inversus stammen von

Aristoteles, der in zwei seiner Werke hierher gehörige Bemerkungen bringt. Er spricht in beiden Fällen von Vierfüsslern und nur von der Verlagerung der Leber und der Milz.

Bis in die Mitte des 16. Jahrhunderts ist keine Notiz mehr über ähnliche Fälle gebracht worden.

Der erste, der eine derartige Bemerkung wieder vermerkt, ist Cornelius Gemma. Bei ihm finden wir in „De arte cyclognomica" (Antwerpen 1769): „semel vidi denique hepar in sinistris, lienem in dextris collocari." Über eine Inversion der Leber und Milz berichtet auch Fabricius ab Aquapendente (um 1600) und Dr. Sampson über einen anscheinend totalen Situs inversus (1674). Der erste durch Auskultation und Perkussion genau diagnostizierte Fall ist der von Bertin und Doubled (1824). Bereits im Jahre 1865 hatte Wenzel Gruber 67 Fälle von Situs inversus beim Menschen zusammengestellt und im Jahre 1883 erschien die eingangs erwähnte umfassende Arbeit von Dr. Friedrich Küchenmeister, in der über 149 Fälle eingehend berichtet wird.

Schelenz hat seitdem bis zum Jahre 1909 etwa 60 neue in der Literatur gefunden.

Die Tatsache, dass der Situs viscerum inversus totalis nichts anderes darstellt, als das Spiegelbild des Situs solitus normalis, dass beide Situs nur als

Bildungsvarietäten zu gelten haben, von denen jedoch die eine Varietät der Zahl nach weit überragt, lässt von vornherein erwarten, dass auch die physiologischen Erscheinungen nicht wesentlich geändert sein können, so dass der Träger des Situs inversus keinerlei Nachteil davon hat.

In der Tat lassen Mitteilungen in der Literatur, die, wenn auch nicht allzu häufig, sich in gewissen Zeiträumen immer wieder finden, erkennen, dass Situs inversus keine eigentliche Krankheit darstellt, ja sogar, dass die Mehrzahl der aufgeführten Individuen sich wegen des Fehlens irgendwelcher Störungen der Verlagerung ihrer Eingeweide nicht bewusst sind. Letzterer Umstand ist wohl auch dafür verantwortlich zu machen, dass eine Anzahl hierher gehöriger Fälle der klinischen Diagnose unzugänglich sind und der Beobachtung und Aufzeichnung entgehen.

Von der normalen Lagerung der Eingeweide nun bis zur einfach vollkommenen Umkehrung, welch letztere eben Küchenmeister und Schwalbe nicht als Missbildung, sondern als Varietät aufgefasst wissen wollen, und die entweder anlässlich einer zufälligen ärztlichen Untersuchung entdeckt, in klinischer Hinsicht nichts weiter als die Diagnose bietet, oder auf

dem Sektionstisch in keinerlei Beziehung zur Todesursache gebracht werden kann, gibt es alle Übergänge zu den mit schweren Entwicklungsstörungen verknüpften Lageanomalien; eine Grenze lässt sich nicht ziehen.

Im Vergleich zu den Fällen mit totaler Heterotaxie sind die Angaben über Situs inversus partialis, also über Fälle, in denen nur einzelne Organe Inversion aufweisen, weitaus spärlicher. Die Zahl der Fälle von Situs viscerum inversus partialis, wie sie Schelenz angibt — er berichtet bis zum Jahre 1909 über 22 Beobachtungen —, ist wohl etwas zu tief gegriffen. Jedenfalls hat Riesel bis zum Jahre 1909 49 Fälle von partieller Eingeweideverlagerung beschrieben gefunden. Er hat in seiner Zusammenstellung die nur klinisch beobachteten Fälle von partiellem Situs inversus nicht mitberücksichtigt, ebensowenig auch solche anatomisch untersuchte, wo die Transposition einzelner Organe gleichzeitig mit schweren äusseren Entwicklungsstörungen einherging.

Erstere lehnt Riesel deswegen ab, da sich der klinischen Diagnose Situs inversus viscerum abdominis Schwierigkeiten entgegenstellen, insofern als Leber- und Herzdämpfung, auf die sich die Diagnose am meisten zu stützen hat, manchmal an normaler

Stelle gefunden werden. Nach Lochte — auch Schelenz bestätigt die Tatsache — kommt nämlich ein reiner Situs inversus der Bauchorgane nicht vor, es sei denn als Teilerscheinung eines Situs inversus viscerum totalis; es wiederholt sich im allgemeinen immer dasselbe Bild, dass entweder die Leber allein transponiert ist und Magen und Milz sich an normaler Stelle befinden, oder umgekehrt.

Manchmal, und zwar nicht so selten, sind gleichzeitig mit der Inversion der Bauchorgane mehr oder weniger schwere Entwicklungsstörungen auch an den grossen Gefässen vorhanden. Diese Anomalien scheinen, wie eine genaue Durchsicht der erwähnten (Riesel'schen) Literaturübersicht lehrt, einzig und allein imstande zu sein, gröbere Störungen zu veranlassen. Jedenfalls lässt sich aus den von Riesel referierten 49 Fällen der Nachweis erbringen, dass die partiellen Verlagerungen der Bauchorgane in der Regel keine weiteren Erscheinungen machen, solange sie nicht mit eigentlichen Missbildungen verknüpft sind, und dass sie auch für den Verlauf von Krankheiten gar keine Rolle spielen.

Eine Einschränkung erfährt diese letzte Tatsache in den Fällen, wo sich Situs inversus mit einer Erkrankung der Eingeweide, insbesondere des Darmes, kombiniert. Hier gewinnt die sichere Erkenntnis

der Lageveränderung enorm an praktischer Bedeutung, um Arzt und Patienten vor den unangenehmen Folgen einer Fehldiagnose zu schützen und nicht den Erfolg einer eventuellen Operation in Frage zu stellen. Allerdings ist das Zusammentreffen zweier solcher Faktoren äusserst selten, und in der ganzen Literatur ist, ausser einigen Notizen, wonach die Autoren linksseitige Appendicitisanfälle (bei Situs inversus) beobachtet haben wollen, nur ein einziger autoptisch bestätigter Fall bekannt, wo an einem Patienten mit Situs viscerum inversus totalis die Appendektomie ausgeführt wurde. Es handelt sich dabei um einen 21jährigen Studenten, den Mühsam operiert und nach der Heilung in der Hufeland'schen Gesellschaft vorgestellt hat. Sein Bericht lautet: Der Student konsultierte einen Arzt wegen akuter Blinddarmentzündung. Er wusste seit seinem 15. Lebensjahr, dass das Herz nach rechts verschoben war. Der Arzt stellte auch sogleich fest, dass die Herzdämpfung vom Sternum nach rechts hinüberreichte, und dass der Spitzenstoss im 5. Interkostalraum fühlbar war. Vor dem Röntgenschirm wurden diese Verhältnisse bestätigt, ausserdem wurde gesehen, dass rechts kein Schatten war, vielmehr der Leberschatten auf der linken Seite lag. Auf der rechten Seite ist, dem Magen entsprechend,

deutlich tympanitischer Schall vorhanden. Der linke Hoden hängt nicht wie gewöhnlich tiefer herab, er befindet sich etwa in einer Höhe mit dem rechten, eher sogar eine Kleinigkeit darüber. Den mir zur Behandlung überwiesenen Kranken nahm ich klinisch auf und konnte am nächsten Tage links auch die Leber palpieren, was mir am Tage der Aufnahme nicht gelungen war. Da die Erscheinungen nicht zurückgingen, wurde operiert, und der verdickte, entzündete und die Zeichen des beginnenden Brandes zeigende Wurmfortsatz exstirpiert.

Während bei dem von Mühsam operierten Patienten die Sicherung der Diagnose Situs inversus für den Erfolg der Operation von einschneidender Bedeutung war, spielt bei dem nun anzuführenden Falle das Vorhandensein einer partiellen Eingeweideverlagerung für den Verlauf der Krankheit nur eine untergeordnete Rolle.

Es handelt sich hier um die in der Literatur einzig dastehende Verflechtung einer kongenitalen Anomalie (Situs viscerum inversus abdominis) mit den Folgen einer chronischen Peritonitis, die als Strangileus zur Operation führten.

Beobachtet und veröffentlicht wurde der Fall von W. Riechelmann (Berlin - Friedrichshainer-Krankenhaus). Es musste bei der 51jährigen Patientin

ein darmeinklemmender Strang, welcher in der Höhe des 2.—3. Lendenwirbels von rechts nach links zog, getrennt, und 10 cm Dünndarm reseziert werden. Nach dem durch Herzschwäche infolge von Myocarditis erfolgten Tode zeigte die Sektion am Duodenum statt einer zwei hufeisenförmige Windungen, deren zweite mit der Leber durch einen Strang verbunden war. Der Blinddarm lag am gemeinsamen Mesenterium der ganz in der rechten Bauchhälfte liegenden Dünndärme hängend, im kleinen Becken direkt vor der Wirbelsäule. Von da stieg der Dickdarm senkrecht vor der Wirbelsäule in die Höhe, um dann wieder links von der Wirbelsäule vertikal abwärts zu steigen. Kurz vor dem Promontorium bog er wieder nach oben, ging senkrecht neben der zweiten Dickdarmschlinge bis unter die grosse Magencurvatur, wo er abermals nach unten bog und am Promontorium in den Mastdarm überging. Am parietalen Bauchfelle fanden sich vielfache Strangbildungen und einzelne Darmverwachsungen.

Wie Riechelmann entwicklungsgeschichtlich auseinandersetzt, liegt hier eine etwa in die 6. Fötalwoche zu verlegende Hemmungsmissbildung vor, welche das Fortbestehen des derzeitigen Darmsitus bei Beginn der Drehung der Nabelschleife wiedergibt.

Die Stränge und Verwachsungen sind auf eine wahrscheinlich postgenitale Peritonitis zu beziehen.

Eine der Riechelmann'schen ähnliche Beobachtung ist an der Königlichen Chirurgischen Klinik Breslau (Geheimer Medizinalrat, Professor Dr. Küttner) gemacht worden, indem, anlässlich einer Ileusoperation, bei der Patientin ein Situs viscerum inversus abdominis konstatiert wurde.

Die Krankengeschichte des noch in anderer Beziehung interessanten Falles ist dem Verfasser dieser Zeilen zur Veröffentlichung gütigst überlassen worden und bildet den Ausgangspunkt der bisherigen Betrachtungen.

Fall aus der Breslauer Chirurgischen Klinik.

Christiane Schloch, 27 Jahre alt, aufgenommen am 30. Januar 1912, gestorben am 7. Februar 1912.

Anamnese: Patientin war bisher immer gesund, nur einmal vor fünf Jahren will sie drei Stunden lang heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite gehabt haben, ohne dass Fieber oder Erbrechen aufgetreten wären. Seitdem bestanden nie Beschwerden seitens des Leibes. Patientin ist jetzt im 5. Monat zum ersten Male gravide. Die Schwangerschaft soll normal verlaufen, nie besonders beschwerdevoll gewesen sein.

Vor fünf Tagen erkrankte Patientin in der Nacht plötzlich mit äusserst heftigen Schmerzen in der Nabelgegend, die in kolikartiger Weise bis jetzt immer anhielten. Erbrochen hat sie vom ersten Tage der Erkrankung an bis jetzt; in der letzten Zeit auch, ohne dass sie Nahrung zu sich nahm. Das Erbrochene wurde gallig, hat aber nie faeculent gerochen. Seit dem Beginn der Erkrankung kein Abgang von Stuhl und Winden. Patientin gibt an, der Leib sei immer sehr unruhig gewesen, es habe in ihm gewühlt und gegurrt, zuweilen so laut, das die Umgebung die Geräusche gehört hätte. Über die Richtung der Steifungen kann die Patientin keine Angaben machen. Ihren Sitz hätten sie hauptsächlich um den Nabel. Allmählich wurde der Leib aufgetrieben, und Patientin verfiel.

Befund: Mittelgrosse Frau, Temperatur 37,6, Puls 110, gut gefüllt, gleichmässig. Das Aussehen der Patientin ist mässig gut, keine Cyanose, keine ausgesprochene Facies abdominalis. Patientin ist leicht erregt, klagt über sehr starke Schmerzen. Herz und Lungen erscheinen bei oberflächlicher Untersuchung intakt, Herzdämpfung normal. Leib sehr stark aufgetrieben, fassförmig und gespannt. Steifungen sind nicht zu sehen, einzelne geblähte Schlingen ebenfalls nicht erkennbar; nur zieht quer

über den Oberbauch eine hochgradig geblähte, sich abzeichnende Darmschlinge. Der Magenschlauch wird eingeführt. Das Einführen macht keine Schwierigkeiten; es entleert sich etwas Galle, dagegen bleibt die geblähte Schlinge unverändert bestehen.

Ein abnorme Resistenz oder Dämpfung lässt sich nicht nachweisen, besonders die Blinddarmgegend ist nicht gespannter wie der übrige Leib. Beim Auskultieren hört man Darmgeräusche.

Vaginal fühlt man einen entsprechend einer Schwangerschaft im fünften Monat vergrösserten, anteflektierten Uterus. — Die Bruchpforten sind frei.

Nach dem Krankheitsbilde müsste es sich um einen Ileus mechanischer Ursache handeln. Da derselbe fünf Tage besteht und kein Koterbrechen vorhanden war, so kann der Verschluss kein sehr akuter sein. Ferner muss man, da eine geblähte Darmschlinge im Oberbauch sichtbar war, die quer verlief, annehmen, dass das Hindernis in der Gegend der Flexura lienalis zu suchen ist.

Operation am 30. Januar 1912 (Professor Dr. Coenen).

Eröffnung des Leibes durch einen grossen, medianen Schnitt. Sofort stürzen äusserst stark geblähte Dünndarmschlingen heraus und eine wässerige

Flüssigkeit, mit der die ganze Bauchhöhle angefüllt ist. Zur Orientierung muss der Schnitt nach oben und unten verlängert werden. Man sieht in der Tiefe den kokosnussgrossen, schwangeren Uterus. An der linken Seite fehlt der Dickdarm vollständig. In der Gegend des Epigastriums liegt das ausserordentlich stark geblähte Coecum, das den Durchmesser eines Männeroberarmes aufweist. Dieses setzt sich nach rechts in ein Convolut von Dickdärmen fort. Man erkennt daran zunächst eine etwa zwanzig Zentimeter lange Dickdarmschlinge, die doppelt liegt und miteinander verwachsen ist (wie die Läufe einer Doppelflinte). Diese ist offenbar die Flexura lienalis, die rechts statt links liegt. Nach unten setzt sich diese doppelte Dickdarmschlinge mit mehrfachen Krümmungen in das Rectum fort, nach oben in einen stark verwachsenen Dickdarmteil, der in das zuerst erwähnte Coecum übergeht. An dem Übergange des Coecums nach rechts ist eine breite Kompression desselben erfolgt, dadurch, dass die verwachsene und doppelte Dickdarmschlinge sich auf die Fortsetzung des Coecums in den Dickdarm gelegt hat.

Aus diesem Grunde wird eine Anastomose zwischen dem Colon ascendens und dem Colon pelvinum gemacht; es wird also die doppelte Dick-

darmschlinge und ein Teil des übrigen Dickdarms vollständig ausgeschaltet. Die Anastomose war schwierig wegen der tiefen Lage des Colon pelvinum. Vorher wurde der stark angestaute Dickdarminhalt durch die Punktion entleert. Die Leber lag links, der Magen rechts. Demnach handelt es sich hier um einen Situs inversus des Magens, der Leber und des Dickdarmes. Das Quercolon und Colon descendens fehlte an der normalen Stelle. Links oben im Bauch lag das Coecum, von hier zog das Colon ascendens quer nach rechts oben, bildete hier ein Darmconvolut und setzte sich dann in eine collabierte, nach unten hängende doppelläufige Schlinge fort, die das Quercolon, Colon descendens und die Flexura lienalis enthielt. Das Colon descendens setzte sich in das normal liegende Rectum fort.

Da die Verlagerung des Coecums nach links oben die Folge der Schwangerschaft war, bei der sich, wie die Abbildungen aus dem Corning'schen Atlas lehren und wie es Dreyer in seiner Arbeit über das Coecum mobile (Chirurgen-Kongress 1911) hervorhebt, stets das Coecum mit dem aufsteigenden Dickdarm quer nach oben verschiebt, so kann man in unserem Falle sagen, dass der Dickdarm auf der rechten Seite des Bauches auf- und abstieg und dabei ein Darmconvolut erzeugt hatte, das den Ileus verursachte, indem die

stark angefüllte Schlinge des Colon ascendens sich um 180 Grad gedreht hatte.

Am 7. Tage nach der Operation starb die Patientin, nachdem sie spontan abortiert hatte.

Sektion: Groser Embolus, der beide Äste der Lungen verstopft und sich nach dem Herzen zu fortsetzt. — Herz und Lungen normal, an richtiger Stelle. Abdomen: Peritonitis diffusa, Sutur mit Eiter belegt — im Leibe viel Gas. Därme sind gebläht und eitrig belegt. An der Anastomose, und zwar an der Vorderseite entleert sich aus einer Perforation Darminhalt. Die Därme liegen jetzt ganz anders wie bei der Operation. Das Coecum liegt an der richtigen Stelle; die doppelflintenartige Darmschlinge ist aufgerichtet, liegt mit dem Scheitel nach rechts oben; der absteigende Ast zieht unter dem aufsteigenden hindurch zum Colon pelvinum. Netz ist nicht vorhanden. Der Magen liegt rechts, die Pylorusgegend nach links hingewandt. Die Leber zeigt ebenfalls Situs inversus, indem die Gallenblase links liegt. Die Radix Mesenterii mit der Vena portae, dem Choledochus und der Arteria hepatica zieht vor dem Magen zur Leberpforte. Es finden sich in ihr von links nach rechts: Choledochus, Vena portae, Arteria hepatica.

Niere: leichte Stauung im Becken.

Uterus gross, schlecht, ohne besondere entzündliche Erscheinung.

Demnach war die Patientin an Lungenembolie und Peritonitis gestorben. Die Peritonitis war entstanden durch Insufficienz der Anastomosennaht. Diese hatte ihre Ursache darin, dass nach der Darmverbindung des stark geblähten, quer verlaufenden Colon ascendens mit dem nach unten hängenden, kollabierten Colon descendens, dieses sich mit Gas anfüllte und dadurch im Bauchraum aufstieg, wie es die Sektion lehrte. Durch diese Bewegung wurde die Anastomosennaht um so mehr gefährdet, je stärker die Gasblähung des Colon transversum und Colon descendens wurde. Die Gasblähung war schliesslich so stark, dass die Naht auseinanderwich und Peritonitis entstand. Der Fall lehrt, dass man unter solchen Umständen der Dickdarmnaht misstrauen und lieber eine Verlagerung machen soll, wenn man dabei auch den Anus präternaturalis mit in Kauf nehmen muss.

Es erübrigt noch, auf die Ursache des Ileus in unserem Falle einzugehen; als Abnormität hatten wir: Situs viscerum inversus partialis, Dickdarmverwachsungen pericolitischer Natur und Graviditas.

Beginnen wir mit dem letzten Faktor.

Die Frage, ob der schwangere Uterus als solcher imstande ist, Darmverschluss zu bewirken, ist von den meisten Autoren in dem Sinne beantwortet, dass ein völliger Verschluss mit Ileus durch den graviden Uterus allein zu den grössten Seltenheiten gehört, was plausibel erscheint unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei Lage- und Stellungswechsel der Druck der Gebärmutter auf den Darm sich ja ändert.

So hat Tenderich nur 19 Fälle von Ileus während der Schwangerschaft beschrieben gefunden und an der Hand von diesen 19 Fällen die Beziehungen zwischen Gravidität und Ileus untersucht; dabei ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass in fünf Fällen Abschnürung des Darmes durch peritonitische Stränge Ursache für den Darmverschluss war, in weiteren fünf Fällen Achsendrehung des Darmes gefunden wurde, zweimal Graviditas tubaria, einmal Invagination der Grund für den Ileus gewesen ist. Zweimal war der Darm zwischen einen Tumor und den graviden Uterus eingeklemmt, einmal war Darmstriktur, einmal akute, einmal chronische Peritonitis Ursache für die Verlegung des Darmrohres. In zwei weiteren Fällen war sicherer Aufschluss über das Zustandekommen des Ileus nicht gegeben. Eine weitere Statistik, die sich mit der Beantwortung der gleichen Frage beschäftigt, findet

sich in der Abhandlung von Mayer; auch sie führt zu dem Resultat, dass normalerweise die Schwangerschaft selbst für das Zustandekommen des Ileus wenig in Betracht kommt, und dass dann nur unter pathologischen Verhältnissen am Darm selbst ein Verschluss möglich sei.

Es wird also von beiden Autoren ein Einfluss des schwangeren Uterus auf die Verlegung des Darmes abgelehnt. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in den Statistiken ein Fall von Situs viscerum inversus, der im Verlauf der Schwangerschaft zu Ileus führte, nicht vorhanden ist. Nun kommen in unserem Falle aber noch die pericolitischen Adhäsionen zwischen den geblähten und nicht geblähten Dickdarmteilen hinzu. Diese konnten verhindern, dass der durch die Gravidität nach oben verschobene Dickdarm sich richtig entfalten konnte, zumal er ja auch noch falsch lag und in dieser Lage teilweise durch die Adhäsionen fixiert war.

Wir sind daher der Ansicht, dass die Gravidität und die dadurch bedingte Verlagerung des Dickdarmes die auslösende Ursache war für den Dickdarmileus in unserem Falle, der vorbereitet war durch die falsche Lagerung, Situs inversus, des Darmes mit Fixation durch Stränge.

In den in der Literatur angeführten Fällen ist dagegen der Zusammenhang des Ileus mit der Gravidität sehr zweifelhaft. So spricht Tenderich in seiner oben zitierten Arbeit über fünf Fälle von Achsendrehung des Darmes bei Schwangeren und Faltin von sechs, denen Bundschuh noch einen siebenten beigesellte. Aber in allen diesen Beobachtungen kann man in der Schwangerschaft bei Ileus nur einen zufälligen Befund erblicken. In unserem Falle aber lagen die Verhältnisse infolge des Situs inversus und der Pericolitis anders; deshalb hatten wir die Gravidität als das auslösende Moment des Darmverschlusses betrachtet.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinen hochverehrten Herren Lehrern meinen herzlichsten Dank auszusprechen; sowohl Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Küttner für die freundliche Überlassung des Themas und die freundliche Übernahme des Referates, als auch Herrn Prof. Dr. Coenen für die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit.

Literatur-Verzeichnis.

E. Schwalbe, Morphologie der Missbildungen. III. Teil.

Schwalbe, Jahresbericht der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 16. Band, 1. und 2. Teil. 1909.

R. Schelenz, Ein neuer Beitrag zur Kenntnis des Situs viscerum inversus partialis. Berliner klin. Wochenschr. Jahrg. 46. Nr. 17 u. 18.

W. Riechelmann, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 74.

Wilms, Der Ileus.

Tenderich, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 56. Heft 5 u. 6.

W. Riesel, Die Literatur des partiellen Situs inversus der Bauchorgane. Zentr.-Blatt f. allg. Pathologie u. patholog. Anatomie. Bd. XX. Nr. 15/16. 1909.

R. Mühsam, Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 30

Lebenslauf.

Ich, Viktor Alfred Labitzky, bin am 27. März 1887 zu Breslau als Sohn des jetzigen Generallandschafts-Rendanten Franz Labitzky geboren, der Nationalität nach Preusse und evangelischer Konfession. Bis Michaelis 1906 besuchte ich das Realgymnasium am Zwinger zu Breslau, verliess es dann, um Ostern 1907 am städtischen Realgymnasium in Striegau die Reifeprüfung zu bestehen. Darauf bezog ich die Universität Breslau, um Medizin zu studieren; ich verblieb in Breslau während meiner ganzen Studienzeit und bestand daselbst im Sommer-Semester 1909 die ärztliche Vorprüfung. Während meines 6. Studiensemesters genügte ich meiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe bei dem Grenadier-Regiment König Friedrich III. (2. Schles. Nr. 11). Im Mai 1912 bestand ich das Staatsexamen und begann meine Tätigkeit als Medizinal-Praktikant im Juni an der inneren Abteilung A des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau. Nach 5 Monaten ging ich an das städtische Krankenhaus zu Kattowitz, blieb dort

ebenfalls 5 Monate und kehrte nach Breslau zurück, um die letzten 2 Monate meines praktischen Jahres an der Königlichen Universitäts-Kinderklinik tätig zu sein. An letzterer verblieb ich noch 2 weitere Monate als Volontär-Assistent. Gegenwärtig bin ich Assistenzarzt an der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Danzig-Langfuhr.